

# Le Syndrome de Diogène

Tour d'horizon d'un point de vue scientifique

Rachida BENSLIMAN

Doctorante à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB

# Qu'est-ce que le syndrome de Diogène ?



# Conceptualisation du Syndrome de Diogène



- 1966 : **Mc Millan & Shaw** (psy anglais) interpellé par une insalubrité +++ et incurie de patients et habitat
  - « **senile breakdown** » = « **social breakdown** » rupture ou dégradation sénile, hostilité monde extérieur
- 1975 : **Clark** (gériatre anglais) Article princeps (Lancet) étude descriptive de 30 patients → construire un syndrome
  - **Autonégligence** importante chez la PA, constituerait un syndrome avec comme caractéristiques communes:
    - insalubrité du domicile - saleté corporelle - indifférence à l'état de leur logement.
    - accumulation des déchets de 14 cas : soit manque d'initiative pour les jeter, soit une compulsion.
  - Pour tous les cas : accumulation pouvait provoquer un **sentiment de sécurité**

**Syndrome appelé « Diogène »** → philosophe grec Diogène de Sinope (autosuffisance, absence d'émotion, de honte, mépris social)

→ Terme critiqué car Diogène vivait dans la rue avec pour principe de ne rien posséder, tout en mendiant et en acceptant les aides proposées.

# D'autres noms du syndrome de Diogène émergent

Sylogomanie

Entassement  
obsessionnel  
compulsif

Accumulateur

Incurie  
domestique

Thésaurisation  
pathologique

Clochardisation  
à domicile

Manie de  
l'ammassage

Syndrome de  
Pluchkine

Collectionnisme  
pathologique

Syndrome  
d'encombrement  
par déchets

The Self-  
Neglect  
Elderly

Syndrome  
d'incurie  
sénile

# Tableau clinique selon Monfort (2010)

---

Sous le nom de syndrome de Diogène, sont réunis :

- absence paradoxale de demande médico-sociale en dépit des besoins du sujet
- relation inhabituelle ou bizarre aux autres (rupture sociale), au corps (négligence corporelle) et aux objets (amassement).

# Dénominations principales selon Monfort

---

- « **Négligence de soi** » « **self-neglect** » = syndrome gériatrique caractérisé par une incapacité à maintenir une bonne hygiène et le bon état du domicile.
- « **Entassement** » « **hoarding** » = comportement pathologique de collection. D'après Clark, ce comportement d'entassement n'est pas obligatoirement présent chez les personnes ayant un syndrome de Diogène (négligence).
- « **Squalor** » = caractère sordide et insalubre d'un domicile devenu un taudis sans qu'il y ait obligatoirement un entassement.

- Hanon (2004) décrit deux types de syndrome de Diogène :



### Le syndrome de Diogène « actif »

- Entassent dedans ce qu'ils récoltent dehors
- Remplissent leur intérieur pour combler le vide d'une existence qui se dégrade



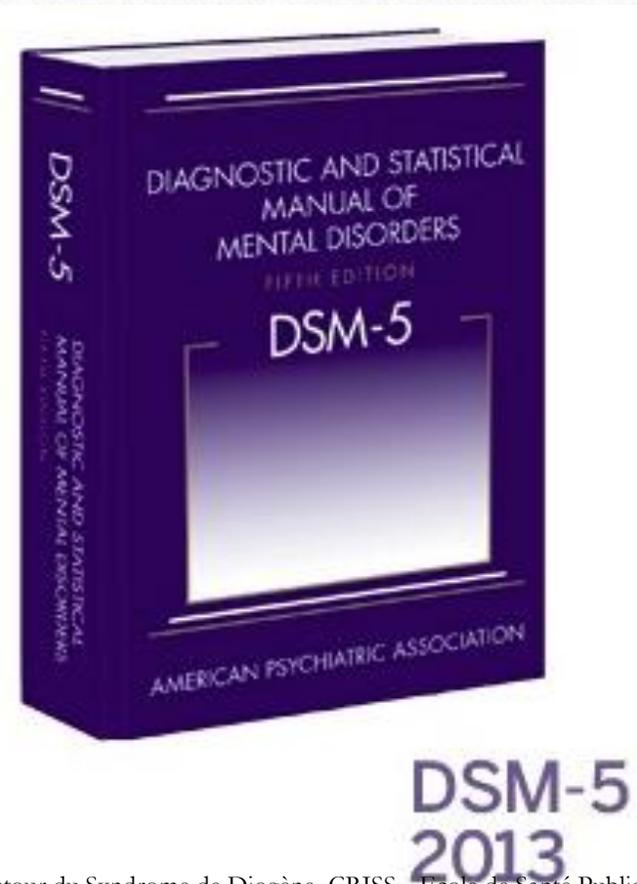
### Le syndrome de Diogène « passif »

- se font envahir passivement par leurs déchets
- se laissent déborder par les accumulations qui s'entassent.

# Description globale de Peters (2000)

- Une **négligence extrême** chez des **personnes âgées** auparavant **actives** et ayant réussi dans la vie. Ces gens cessent de prendre **soin d'eux-mêmes**, négligent leur **hygiène** et ne **s'alimentent** plus correctement. Ils **emmagentinent** dans leur appartement toute sorte de **fatras**. Ils vivent **seuls** et **refusent toute aide** qui leur est offerte. Ce sont en général des personnes **isolées, méfiantes, éloignées du réel** et jadis **dépendantes** des autres. Leur **alimentation désordonnée** les expose à des **déficits** en protéines sériques, en vitamines, en fer et en liquides.»

# Caractéristiques du point de vue médical



# Entrée dans le DSM 5 en 2013 du syndrome sous le nom : « Hoarding disorder » « thésaurisation pathologique = syllogomanie »

---

## Catégorie « troubles obsessionnels compulsif et apparentés »

### • Critères diagnostics :

- Difficultés persistantes à jeter ou à se séparer de certains objets indépdt de valeur réelle → souffrance associée
- Difficulté aboutit à une **accumulation** d'objets envahissants et encombrent la maison compromettant de manière importante sa fonction première.

# Entrée dans le DSM 5 en 2013 du syndrome sous le nom : « Hoarding disorder »

## « thésaurisation pathologique = syllogomanie »

---

- L'accumulation entraîne :
  - une détresse cliniquement significative
  - une altération du fonctionnement social, professionnel
  - une altération du maintien d'un environnement sans danger pour soi et autrui
- L'accumulation n'est pas imputable à une autre affection médicale (ex: lésion cérébrale)

# Lien avec une maladie psychiatrique ?

---

- Estimations variables de relations avec des troubles psychiatriques. (Ducasse *et al.* 2011)
- 50% avec une **pathologie psychiatrique** (Cooney & Hamid, 1995)
- 80 % avec troubles psychiatriques : **démence, TOC, Troubles de l'humeur, Alcoolisme, Psychose** (Halliday *et al.* 2000)
- > 50 % des cas associés à une **psychose** ou à une **démence**  
« Diogènes secondaires » (Monfort, 2010)

# Facteurs explicatifs

---

- Problématiques psychiatriques (Ducasse, 2011)
- Événement de vie à caractère dramatique (Monfort, 2010)
- Perte d'un être cher, deuil, séparation
- Traumatisme à l'enfance (Monfort, 2010)
- Abus d'alcool = facteur aggravant (Hanon, 2004)

# Situation épidémiologique

- **Prévalence :**

- 
- **0,5 cas par an pour 1000 habitants âgés > 60 ans.** (MacMillan, Wrigley et Snowdon)
  - **1,6 cas pour 10 000 habitants de plus de 50 ans à Paris** (Monfort, 2010)
  - **1 cas pour 1000 habitants à Sydney** (Snowdon J ; Halliday G, 2011)

- **Age moyen**

- **> 60 ans majorité** (Monfort)
- **79 ans** = âge moyen chez les hommes et de **77 ans** chez les femmes (Monfort)
- 51 % > 65 ans, 37 % entre 64 et 45 ans, 13 % entre 44 et 18 ans. (Halliday et al. - étude de 81 cas)

- **Sex-ratio**

- **Les deux sexes sont touchés avec une prédominance pour le sexe féminin (études++)**

# Description du public

---

- Statut familial :
  - Personnes vivant seules à leur domicile, isolées : environ 75% des cas (Monfort)
  - Proportion de femmes veuves ++
  - Couple ou familles rares, environ 10% : quelques cas de « Diogène à deux »
- Statut socio-économique et revenus:
  - Selon Clark : « notables » : 3 anciens officiers de l'Armée, dentiste, violoniste professionnel, institutrices, dessinatrice de mode, prof. de musique, chanteuse d'opéra.
  - Monfort confirme qu'ils s'agit de femmes ayant exercé des professions actives.
  - Situation financière élevée à moyenne mais qq cas revenus faibles

# Description du milieu de vie

- Délabrement de l'aspect extérieur
- Intérieur : agrégat d'objets hétéroclites, parfois jusqu'au plafond, agencement organisé de certains amas
- Odeur nauséabonde (denrées alimentaires péries, déchets humains, animaux)
- Périmètre de vie restreint, amoncellement de débris, 'sentier' aménagé pour les passages, petit coin de vie
- Sanitaires obstrués, besoins à même le sol
- Installations électriques défectueuses, dangereuses
- Présence d'animaux, insectes, vermines, blattes

# Risques pour la santé

---

## Risques biologiques (infections)

- moisissures et bactéries
- insectes
- animaux et vermines

## Risques chimiques/toxicologiques

- Intoxication au CO
- Alimentation avariée, eaux souillées
- Ingestion, inhalation de substances toxiques, produits nettoyage, ...

## Risques d'incendie

- amas de papiers
- conduits électriques délabrés

# Risques pour la santé

## Gênes physiques et psy liées aux odeurs

- troubles du sommeil
- troubles de l'humeur
- anxiété

## Troubles physiques

- carences
- malnutrition
- infections respiratoires

## Risques psycho-sociaux

- isolement
- troubles du comportement avec autrui
- aggravation problèmes de santé mentale

# Circonstance des découvertes

## Quasi jamais de demande d'aide du sujet

### Circonstances fortuites

- Incident domestique (situation dangereuse)
- Incident médical ou hospitalisation

### Intervention sociale ou forces de l'ordre

- demandés par le voisinage à cause de nuisances, hygiène déplorable, odeurs, blattes

### Révélation des conditions par la famille

- Inquiète, intervention des services sociaux

# Détection et suivi des cas à Forest

- 2 cas suivis par l'Adret (Centre santé mentale) → vers le service logement (SL) Commune Forest
- 5 cas de suivi commun (Adret – SL Commune)
- CPAS :
  - 1 cas orienté vers le SL de la Commune
  - 1 cas suivi par le service Senior du CPAS
  - 1 cas signalé par la Commune
- 5 cas au Foyer du Sud (2 décédés, 1 placée en MR, 2 sous contrôle avec dispositif social)
- SL de la Commune :
  - 1 dossier ouverts en 2015 (cas de 1999 à l'origine de la réflexion actuelle)
  - 3 dossier ouverts en 2016
  - 4 dossiers ouverts en 2017

# Prise en charge des situations et prise en soins des personnes

---

- Situations caractérisées par la difficulté des interventions et traitements  
« Ces personnes, qui auraient besoin de tout, ne demandent rien »
- Dans 2/3 des cas : refus toute coopération

Question d'ordre éthique et juridique:

Quelle est la limite entre respect des libertés individuelles et la non-assistance à personne en danger ?

# Problématique complexe → prise en charge devrait reposer sur une approche multidisciplinaire/multi-acteurs

---

Services communaux (hygiène, environnement, logement, ...)

Services sociaux (publics et associatifs)

Médecin généraliste

Réseau informel (pharmacien, voisin de confiance)

Services psychiatriques, Centre de santé mentale, services psy ambulatoires

Services hospitaliers (psychiatrie – gériatrie – urgences)

Services d'aides, soins à domicile

Services de Police, Pompiers

Services juridiques

Services Protection des animaux

# Coordination de prise en charge

- **PEC coordonnée** permet un meilleur suivi, qualité des soins et meilleure utilisation des ressources (Allia, 2014)
- Approche progressive et de mise en confiance de la personne et de remise en état du logement sans brusquer la personne, en favorisant son maintien à domicile :
  - **Hospitalisation** en unité psychiatrique ou gériatrie en fonction du diagnostic établi (souvent via urgences) → dernier recours
  - **Intervention des services communaux et sociaux**
  - **Nettoyage** et remise en état du lieu de vie
  - Mise en place **d'aides et soins ambulatoires**, accompagnement psy à domicile/ inf. à dom/ AM/AF
  - Mise en place de **traitements** médicamenteux si nécessaire et adapté au cas par cas (pas de protocole unique, car diag inhomogène)
  - Suivi d'un **médecin de famille** pour les problèmes de santé courants liés au SD (œdème, malnutrition, allergies, intoxication, etc.) (Franc, 2012)
  - Prise en charge et **suivi social** global pour éviter les rechutes

# Conclusion

---

- Pas de concept et définition consensuels du syndrome
- Mais tendance vers la notion de « Syndrome de Diogène » et « hoarding » (accumulation patho)
- Problématique sociale et de santé publique doit être prise au sérieux car risques +++
- Sous-estimé (prévalence) → proportion ++
- Pas de guideline ou de recommandations de bonnes pratiques uniformes dans la littérature pour la PEC car le syndrome polymorphe et hétérogène
- Sont recommandés : approche multidisciplinaire, non exclusivement médicale; maintien à domicile, suivi social pour l'accompagnement
- Initiative et projet multi-acteurs coordonné au sein d'un territoire à l'exemple du projet de Forest, construit sur plusieurs années et porteur d'enseignements riches et utiles pour toutes personnes touchées de près ou de loin par le Syndrome de Diogène

## Note :

Si vous utilisez des éléments de cette présentation, merci de vous y référer en mentionnant la référence suivante :

---

**BENSLIMAN Rachida. Le Syndrome de Diogène : tour d'horizon d'un point de vue scientifique. Communication orale lors du Colloque « Vigilance et bienveillance autour du Syndrome de Diogène » organisé par le CPAS de Forest le 8 mai 2018.**

**Contact : [rabensli@ulb.ac.be](mailto:rabensli@ulb.ac.be)**

**CRISS - Centre de Recherche Interdisciplinaire 'Approches sociales de la santé'**

**Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles**